

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1882

# THÈSE

N° 291

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 1<sup>er</sup> AOÛT 1882

PAR GUSTAVE LESDOS

Né à Cherbourg le 16 avril 1854

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE L'HÉMOTHORAX  
D'ORIGINE TRAUMATIQUE

---

*Président : M. BOUCHARD, professeur*

*Juges : { MM. PAJOT, professeur  
                  LEGROUX, agrégé  
                  BOUILLY, agrégé*

---

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

PARIS  
IMPRIMERIE GÉNÉRALE, A. LAHURE

RUE DE FLEURUS, 9

1882

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen..... M. BÉCLARD.**

| <b>Professeurs..... MM.</b>                                                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Anatomie.....                                                                    | SAPPEY.     |
| Physiologie.....                                                                 | BÉCLARD.    |
| Physique médicale.....                                                           | GAVARRET.   |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                         | WURTZ.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                                 | BAILLON.    |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                       | BOUCHARD.   |
| Pathologie médicale.....                                                         | { JACCOUD.  |
|                                                                                  | { PETER.    |
| Pathologie chirurgicale.....                                                     | { GUYON.    |
|                                                                                  | { DUPLAY.   |
| Anatomie pathologique.....                                                       | CORNIL.     |
| Histologie.....                                                                  | ROBIN.      |
| Opérations et appareils.....                                                     | LE FORT.    |
| Pharmacologie.....                                                               | REGNAULD.   |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                           | HAYEM       |
| Hygiène.....                                                                     | BOUCHARDAT. |
| Médecine légale.....                                                             | BROUARDEL   |
| Accouchements, maladies des femmes en couches<br>et des enfants nouveau-nés..... | PAJOT.      |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                                  | LABOULBÈNE  |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                                        | VULPIAN.    |
|                                                                                  | { SEE (G.). |
| Clinique médicale.....                                                           | { LASEGUE.  |
|                                                                                  | { HARDY.    |
|                                                                                  | { POTAIN.   |
| Maladie des enfants.....                                                         | PARROT      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de<br>l'encéphale.....            | BALL.       |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                                         | FOURNIER.   |
| Clinique des maladies nerveuses.....                                             | CHARCOT.    |
|                                                                                  | { RICHEL.   |
| Clinique chirurgicale.....                                                       | { GOSSELIN. |
|                                                                                  | { VERNEUIL. |
|                                                                                  | { TRELAT.   |
| Clinique ophthalmologique.....                                                   | PANAS.      |
| Clinique d'accouchements.....                                                    | DEPAUL.     |

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

*Professeurs honoraires :*

MM. le Baron J. CLOQUET et DUMAS

**Agrégés en exercice.**

| MM.                                             | MM.         | MM.       | MM.        |
|-------------------------------------------------|-------------|-----------|------------|
| BERGER.                                         | GAY         | LEGROUX   | REMY.      |
| BOUILLY.                                        | GRANCHER    | MARCHAND  | RENDU      |
| BOURGOIN                                        | HALLOPEAU   | MONOD     | RICHEL     |
| BUDIN.                                          | HENNINGER   | OLLIVIER. | RICHELOT   |
| CADIAT.                                         | HANRIOT.    | PEYROT.   | STRAUS     |
| DEBOVE                                          | HUMBERT     | PINARD    | TERRILLON  |
| DIEULAFOY                                       | JOFFROY.    | POZZI     | TROISIERS. |
| FARABEUF, chef<br>des travaux ana-<br>tomiques. | LANDOUZY.   | RAYMOND.  |            |
|                                                 | DE LANESSAN | RECLUS.   |            |

*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

---

A MA MÈRE

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine,  
Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Lariboisière,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR DUGUET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,  
Médecin de l'hôpital Lariboisière,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

Dernièrement, dans l'une de ses leçons cliniques à la Pitié, M. le professeur Lasèque ouvrait une parenthèse pour mettre en parallèle avec le système suivi de nos jours pour les études médicales, le régime en usage pendant les siècles précédents. Les étudiants d'alors étaient d'humeur moins vagabonde, ils s'attachaient plus particulièrement à tel ou tel maître, et, de relations plus longuement suivies, naissaient des liens étroits de bienveillante protection d'un côté, et de respectueux attachement de l'autre. Tel était le point à propos duquel le grand professeur, dont nous citons le nom en commençant, exprimait un regret platonique.

Placé dans des circonstances spéciales, ayant commencé nos études trop tard pour songer aux concours, nous avons été à même de suivre en quelque sorte l'ancien régime. Nous n'oublierons jamais, et ce sera pour nous un souvenir précieux, l'accueil bienveillant que M. le

docteur Duguet nous fit dans son service, il y a plusieurs années déjà, ni la bonté avec laquelle il a daigné s'intéresser à nos études. C'est lui qui a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse et nous en donner les idées principales. Que notre excellent maître veuille bien agréer l'humble dédicace de ce travail et la regarder comme une bien faible expression de la reconnaissance d'un de ses élèves les moins brillants, mais les plus respectueusement dévoués.

Qu'il nous soit permis aussi de remercier MM. Delens et Bouilly, agrégés à la Faculté de Médecine, MM. les Docteurs Mathieu et Hassler, du Val-de-Grâce, de l'obligeance avec laquelle ils ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur expérience.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# DE L'HÉMOTHORAX

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

---

Nous ne ferons pas un long historique de la question, et voici en quelques mots le motif de notre silence sur ce point.

Le docteur Blumenthal avait en 1868 écrit une thèse sur les hémothorax non traumatiques, mais les épanchements sanguins dans la plèvre à la suite de plaies de poitrine avaient été peu étudiés, quand, en 1880, M. Ch. Nélaton, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, choisit ce sujet pour en faire l'objet de sa thèse inaugurale. Ce travail, aussi sérieux que complet, contient

un aperçu historique auquel il y a bien peu à ajouter ; la richesse des documents que M. Nélaton avait sans doute à sa disposition, ne nous permettrait guère probablement de trouver quelque chose de nouveau sur ce point. Nous nous sommes donc borné à rechercher ce que la science avait pu ajouter dans ces derniers temps aux connaissances acquises.

Nous avons été assez heureux pour recueillir cinq observations, dont trois récentes, et en comparant attentivement ces observations avec les idées soutenues par M. Ch. Nélaton et les auteurs qui l'ont précédé, nous avons été amené à conclure que certains points de la question méritaient d'être repris à nouveau.

Nous ferons de nombreuses allusions à la thèse dont il s'agit dans le courant de notre étude, mais nous croyons pouvoir, à l'aide des observations nouvelles que nous présentons, démontrer que les opinions émises jusqu'ici étaient peut-être un peu exagérées sur certains points, notamment à propos de la transformation purulente du liquide épanché, quand il y a en même temps de l'air dans la plèvre.

De plus, M. Ch. Nélaton, tout en admettant l'utilité de la thoracentèse dans certains cas, préconise peut-être un peu trop une opération un peu plus grave, l'empyème. Or, la thoracentèse, bien faite, est ici, comme dans la pleurésie ordinaire, une opération inoffensive, et qui,

dans les cinq observations que nous avons réunies, a suffi pour amener une guérison rapide et complète.

Ces motifs, ainsi que quelques autres plus secondaires, nous ont semblé de nature à donner un certain intérêt à l'étude que nous présentons ici. Nous la considérons comme une addition au remarquable travail de M. Ch. Nélaton, et, si nous osons ainsi parler, comme une rectification à quelques idées qui ont eu cours dans la science depuis les expériences de Trousseau et Leblanc sur les épanchements sanguins dans la cavité pleurale.

A ce sujet, nous dirons, exprimant ainsi l'opinion de M. le docteur Duguet, que les expériences faites sur les animaux n'ont peut-être pas la valeur que leur attribuent Trousseau, Leblanc et M. Ch. Nélaton. Nous savons que ce genre de recherches a en ce moment encore un grand succès de vogue, et pourtant il nous semble dangereux d'arguer de ce qui se passe chez l'homme, et surtout chez l'homme malade, d'après ce que l'on peut constater chez l'animal soumis aux expériences de laboratoire.

Si par exemple on a pu, sans grands inconvénients, ouvrir la cavité péritonéale d'un chien, oserait-on dire que la même opération chez l'homme présenterait une semblable innocuité?

Nous préférons nous en tenir aux enseignements de la clinique.

L'*hémothorax* est une complication assez fréquente des plaies pénétrantes de poitrine, que ces plaies aient été produites par armes à feu, instruments piquants, par fracture de côte et pénétration d'une esquille, ou, dans des cas extrêmement rares, par une déchirure du poumon sans fracture de côte ni plaie extérieure.

C'est dire assez que les faits dont il s'agit sont surtout du domaine de la chirurgie et peuvent se présenter dans des circonstances bien diverses.

---

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

L'étude de l'anatomie pathologique nous offrira quelques difficultés, parce que les observations sur lesquelles s'appuie notre travail sont suivies de guérison, et que l'examen direct des organes atteints nous échappe.

Cependant dans l'hémothorax, deux éléments sont à considérer : les lésions de la plèvre et le liquide épanché. Or, l'étude de celui-ci, jointe à l'examen des symptômes, peut encore jeter une certaine lumière sur cette importante question.

D'où vient le sang épanché dans la plèvre ? Nous ne pouvons ici que répéter l'opinion de M. Ch. Nélaton. L'hémorrhagie peut provenir d'une lésion des artères mammaire interne ou intercostale ; elle peut être encore produite par une lésion plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire, lésion s'accompagnant de la déchirure des vaisseaux bronchiques de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ordre. La blessure d'un des vaisseaux du hile s'accompagnerait immédiatement d'une hémorrhagie abondante, mais la survie du malade serait impossible, et ce cas ne rentre pas dans le plan de notre travail.

Que devient le sang épanché dans la plèvre ? Ici nos observations sont en désaccord complet avec ce qui a été avancé jusqu'ici.

Trousseau, dans sa leçon clinique sur les épanchements sanguins dans la plèvre, s'appuie sur les expériences qu'il fit avec Leblanc sur des animaux, et déclare que le sang se coagule presque immédiatement ; quelques minutes suffisent pour cela. Si l'on trouve le lendemain par la ponction ou l'empyème un liquide sanguinolent, c'est que, dit Trousseau, le caillot se rétracte bientôt et exprime sa

sérosité, celle-ci est toujours mêlée à une assez grande quantité de globules rouges et elle ressemble à du sang liquide.

Cette opinion est partagée par M. Nélaton comme elle l'avait été par les auteurs qui ont suivi Trousseau. Le fait peut se présenter ; cependant, dans nos observations, rien ne peut faire soupçonner l'existence d'un caillot dans la plèvre.

Après la thoracentèse, l'épanchement disparaît comme dans toute pleurésie, et la matité qui subsiste pendant quelque temps, est en tout comparable à celle que produisent les fausses membranes qui suivent les épanchements pleurétiques ordinaires.

Que la ponction ait été faite trois jours après l'accident comme dans notre observation III, ou bien 18 jours ou 38 jours, comme dans nos observations I et V, toujours on a trouvé le même liquide très fluide, séro-sanguinolent et sans traces de caillot.

On doit remarquer, à propos des expériences de Trousseau, auxquelles M. Ch. Nélaton attache une grande importance, et qu'il a répétées lui-même, d'abord qu'elles ont été faites sur des animaux (nous avons dit plus haut ce que nous pensions de ce genre de recherches), ensuite qu'on introduisait d'un seul coup dans la plèvre 100, 200, 400 et jusqu'à 1000 grammes de sang. Se trouve-t-on véritablement dans les conditions d'un hémothorax trau-

matique ? Non, car l'hémorrhagie qui se ferait aussi rapidement proviendrait de la lésion d'un gros vaisseau et ne rentrerait pas dans les cas susceptibles de guérison.

Dans nos observations, au contraire, tout porte à croire que la lésion a seulement atteint des vaisseaux de faible calibre, l'hémorrhagie se fait lentement, pour ainsi dire goutte à goutte, et le sang se mélangeant à la sérosité d'une pleurésie consécutive, reste vraisemblablement liquide.

L'examen histologique du liquide extrait n'a pas été fait dans les cas que nous relatons. Nous n'avons jamais regardé ce liquide comme du sang pur, malgré sa couleur foncée (nous exprimons du reste ici l'opinion de notre excellent maître, M. Duguet, et celle de M. le docteur Delens); mais au lieu de considérer ce liquide seulement comme une partie de l'épanchement primitif, nous y voyons le produit de l'hémorrhagie dans sa totalité augmenté d'un épanchement séreux inflammatoire.

M. le docteur Delens, qui croirait assez à la formation primitive d'un caillot, pense cependant que ce caillot, dans l'observation I qu'il a bien voulu nous communiquer, a été promptement repris par l'épanchement inflammatoire, et qu'au moment de la ponction, il n'y avait bien dans la plèvre qu'un épanchement séro-sanguinolent.

Dans notre observation V, le liquide évacué, examiné le lendemain macroscopiquement après 24 heures de repos dans un bocal, a présenté une moitié supérieure de coloration citrine et translucide, une moitié inférieure colorée par une grande quantité de globules rouges, le tout traversé par des tractus fibrineux, que l'on met en évidence d'une façon parfaite, en exprimant tout le liquide à travers un linge. Il reste un résidu fibrillaire rougeâtre de fibrine, ressemblant à un morceau de muscle, comme cela s'observe dans le liquide de pleurésie ordinaire. Que le caillot ne se soit jamais formé ou qu'il ait été bientôt dissous, au point de vue de la thoracentèse et de son indication, le résultat serait le même.

---

#### SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISONS

Les symptômes de l'hémithorax traumatique n'ont rien qui lui soit spécial. Ce sont absolument ceux de tout épanchement pleurétique.

M. Benj. Anger dit formellement dans sa thèse d'agrè-

gation (sur les plaies pénétrantes de poitrine, 1866) :  
« Qu'il n'y a pas un point de diagnostic des épanchements pleurétiques qui ne puisse être appliqué aux épanchements sanguins traumatiques. » Nous ne nous arrêtons pas à indiquer les signes des plaies de poitrine ou des fractures de côte qui sont pour ainsi dire la cause de l'hémithorax. Quant à la douleur ressentie par le blessé, elle dépend beaucoup de la nature du traumatisme.

Lorsqu'il s'agit de plaie par armes à feu, il ne semble pas que la douleur produite par la blessure elle-même soit bien violente. Le blessé de notre observation IV a ressenti de violentes douleurs vers l'omoplate. Quant à celui qui fait l'objet de notre observation V, il nous a déclaré n'avoir éprouvé aucune sensation douloureuse.

Souvent on constate bientôt des signes d'hémorrhagie; la face est pâle, les lèvres livides, le pouls petit, irrégulier, la respiration pénible.

L'hémoptysie n'est pas constante, puisque nous ne la voyons signalée qu'une fois (observation V) et que son absence est indiquée formellement dans les observations III et IV. Dans l'observation V, les crachats, d'abord spumeux et rouges, sont devenus au bout de quelques jours brunâtres; huit jours après l'accident, ils avaient disparu. A cette époque, le blessé a facilement des syncopes et des vertiges.

Les symptômes dont nous venons de parler sont ceux

qui suivent immédiatement l'accident. Nous avons vu que l'inflammation ne se fait pas longtemps attendre, et ces symptômes se joignent à ceux de l'épanchement sanguin proprement dit. La fièvre s'allume, la température monte à 38° ou à 39°. Enfin, en percutant et en auscultant le thorax, on observe aisément tous les signes d'un épanchement qui monte progressivement et en suivant une marche assez régulière.

M. Ch. Nélaton fait suivre à la maladie une marche plus rapide : il dit que, dans tous les cas, dès le 5<sup>e</sup> ou le 6<sup>e</sup> jour en moyenne, le blessé se trouve dans un état des plus graves. Or, dans nos observations, on verra que si M. Bouilly a dû faire la ponction le 3<sup>e</sup> jour après l'accident, M. Delens avait pu attendre 18 jours, M. Panas 10 jours, MM. Mathieu et Hassler 14 jours, M. Duguet 38 jours.

Presque toujours c'est la dyspnée croissante et les signes d'oppression intense qui décident le médecin à faire la thoracentèse ; or, nous avons vu que l'épanchement cause de ces désordres à la marche régulière de toute pleurésie.

Les autres symptômes sont ceux de la pleurésie ordinaire : nous ne croyons pas nécessaire d'y insister davantage.

Ajoutons que trois fois, dans nos observations III, IV et V, on a constaté l'existence d'un pneumothorax accompagnant l'épanchement liquide.

Nous voici en présence d'un hémopneumothorax ; que deviendra l'épanchement dans la plèvre ? On admet que s'il y a peu de liquide, il se résorbera de lui-même. Mais, si l'épanchement est abondant, Legouest dans sa Chirurgie d'armée, M. Ch. Nélaton dans sa thèse, déclarent qu'en présence de l'air surtout, le liquide subira bientôt la transformation purulente, et ils appuient sur cette opinion en faisant le tableau des symptômes ordinaires de la résorption putride : fièvre avec redoublements le soir, anorexie ou nausées, sécheresse, aridité et couleur terreuse de la peau, infiltration des extrémités inférieures, gagnant successivement l'abdomen et le thorax.

Selon Legouest, une grande quantité de sang dans la plèvre suffirait pour produire ces désordres.

Selon M. Ch. Nélaton, la thoracentèse pratiquée dans les neuf ou dix premiers jours, donnerait toujours issue à un liquide sanguinolent noirâtre, non fétide, absolument inodore : lorsqu'elle est pratiquée plus tard, ce liquide serait fétide et séro-purulent. C'est là un point sur lequel nous voulons insister, car, ainsi que nous l'avons dit en commençant, prouver qu'il y a là une erreur à corriger dans le travail remarquable de M. Ch. Nélaton serait remplir un des buts principaux de notre thèse.

Ainsi, dans le cas d'hémothorax résistant aux premiers accidents, de deux choses l'une : ou bien l'épanchement se résorberait de lui-même et la guérison serait rapide,

ou bien le liquide, ne se résorbant pas, serait fatalement voué à la transformation purulente.

Pour nous, nous appuyant sur des observations peu nombreuses, il est vrai, mais précises et rigoureusement contrôlées, nous pensons qu'il y a lieu d'établir une troisième catégorie de faits dans lesquels l'épanchement ne se résorbe pas de lui-même, ne se transforme point en pus, mais augmente assez pour nécessiter l'intervention chirurgicale.

En effet, dans nos cinq observations, on a retiré par la ponction un liquide dont on a examiné avec soin les caractères, et on a toujours reconnu qu'il ne ressemblait en rien ni par la couleur ni par l'odeur à celui d'un épanchement purulent.

D'ailleurs, nous le répétons, nous n'avons jamais observé ces symptômes graves d'infection putride.

Dans notre observation II, la fièvre était expliquée suffisamment par la présence d'un abcès sous-cutané de la paroi thoracique. Dans les autres cas, la température était peu élevée. Dans l'observation V, elle était normale au moment de la ponction.

D'ailleurs, comment ne pas remarquer l'amélioration si rapide qui suit l'opération dans tous ces cas, et le retour si prompt des malades à la santé parfaite.

Et pourtant, si la suppuration avait dû s'établir, n'y avait-il pas là des conditions favorables chez ces malades

dont le moral était profondément déprimé et qui avaient été conduits au suicide par les chagrins et l'hypochondrie ?

Il est évident que le traitement que nous regardons comme le plus sûr et le plus rationnel, la ponction avec aspiration faite avec toutes les précautions voulues, met le malade dans les meilleures conditions, et qu'elle ne peut être en rien rapprochée des dangers de l'empyème.

---

## DIAGNOSTIC

Ainsi que nous l'avons dit, il ne faut pas compter sur les signes physiques fournis par l'examen direct du malade pour poser le diagnostic du liquide épanché dans la plèvre. En effet, ces signes sont absolument ceux que l'on rencontre dans tout épanchement inflammatoire. On peut cependant presque toujours établir ce diagnostic, et dans nos observations, on savait toujours à l'avance que l'on devait trouver un liquide plus ou moins sanguinolent. Sur quoi donc peut-on s'appuyer ? Sur les commémoratifs, d'une part ; lorsque surtout, comme dans l'obser-

vation V, il y a eu épanchement de sang, même léger, dans les bronches et à l'extérieur, il faut admettre que l'épanchement a dû être plus abondant dans la plèvre.

D'ailleurs on aura toujours pratiqué, au premier moment, le pansement par occlusion conseillé par tous les auteurs; et ce moyen, excellent du reste pour arrêter l'hémorrhagie primitive par la compression exercée par l'épanchement lui-même sur les organes lésés, ce moyen, disions-nous, est la cause la plus puissante de l'augmentation du liquide.

En effet, la plèvre a été ouverte; le poumon s'est rétracté vers son hile, et, après l'occlusion de la plaie extérieure, les mouvements respiratoires forment soufflet et aspirent le sang dans la plèvre.

On insistera sur les symptômes d'hémorrhagie interne que le malade a pu éprouver aussitôt après l'accident, symptômes hors de proportion avec le volume de sang épanché à l'extérieur, celui-ci, dans les plaies par armes à feu surtout, étant toujours en très faible quantité.

La rapidité de l'épanchement, au début, est encore chose à noter : car il est bien évident qu'un épanchement qui se fait rapidement pendant les premières heures qui suivent l'accident ne peut être formé que par du sang épanché hors des vaisseaux. Nous avons vu que la pleurésie, qui survient souvent après l'hémorrhagie, est un accident absolument consécutif.

## PRONOSTIC

Dans les cas d'hémothorax où l'épanchement se résorbe de lui-même, c'est-à-dire, selon M. Ch. Nélaton, quand l'épanchement est peu abondant, le pronostic est favorable. En général, la guérison se fait en une vingtaine de jours.

M. Nélaton, dans son chapitre sur le pronostic, ne regarde pas la coexistence de l'air et du liquide comme devant aggraver beaucoup l'état du malade. Il reconnaît que l'entrée de l'air dans la plèvre au moment de la blessure est presque fatale, et que cependant la guérison s'obtient tout aussi facilement. Pour lui, la question réside tout entière dans l'abondance de l'épanchement : c'est là ce qui peut amener la transformation purulente de l'hémothorax. Il est bien évident que si le pus se formait, le pronostic serait considérablement aggravé.

Pour nous qui ne croyons pas à cette transformation, au moins dans la grande majorité des cas, nous conservons une certaine sécurité, nous rappelant que, dans nos observations, l'épanchement, bien qu'abondant, a toujours disparu par une seule ponction.

Nous pourrions dire que les autres conséquences du traumatisme, une fois évitées, le pronostic est celui d'une pleurésie à *frigore*.

## TRAITEMENT

Le traitement de l'hémothorax a été longuement étudié par la plupart des auteurs, et nous pensons cependant qu'il reste une lacune à combler en ce qui concerne l'emploi de la thoracentèse.

M. Ch. Nélaton cite bien cette méthode, mais, comme nous le disions en commençant, il nous semble qu'il n'insiste pas assez sur ce que nous considérons comme le mode de traitement par excellence.

Il ne mentionne, en effet, qu'une observation complète témoignant des avantages que l'on en peut retirer : celle de M. Panas, que nous indiquons ici sous le n° II.

Les observations étaient bien peu nombreuses, en effet, à cette époque ; mais celles qui ont été produites depuis nous semblent assez concluantes pour nous permettre d'ajouter un chapitre important au traitement de l'hémothorax.

Désormais ce n'est plus l'empyème qui doit tenir le premier rang parmi les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition, c'est la ponction aspiratrice, la thoracentèse, l'empyème étant réservé pour quelques cas exceptionnels.

La thoracentèse, si bénigne qu'elle soit, est toujours une opération médico-chirurgicale qui demande une certaine expérience pour être exécutée correctement; et il est bien évident que l'on n'y devra recourir que lorsque l'urgence en sera manifeste. C'est dire que, dans les cas d'épanchements peu abondants, on fera l'occlusion des plaies avec la baudruche et le collodion; on maintiendra le blessé au repos en faisant de la médecine de symptômes, et on attendra que l'épanchement se résorbe de lui-même.

Mais quand on aura, par un examen journalier, constaté que l'hémothorax, au lieu de se résorber, augmente encore; quand on verra le blessé, fatigué par l'insomnie, par la perte de l'appétit, en proie à une dyspnée de plus en plus intense; quand l'asphyxie sera imminente, qu'on aura constaté le déplacement du cœur si l'épanchement est à gauche, et dans certains cas l'abaissement du foie, comme dans notre observation V, alors il faudra agir sans hésiter davantage et pratiquer la thoracentèse.

Pour les détails de cette opération, sur laquelle du reste on a beaucoup écrit, nous ne saurions mieux faire que de rappeler les conseils que nous avons entendu souvent formuler par notre maître éminent M. le docteur Duguët. Nous ne saurions plus compter le nombre d'opérations de ce genre que nous lui avons vu pratiquer et nous pensons que peu de chefs de service dans les hôpitaux

de Paris ont sur ce point une expérience comparable à la sienne.

Le meilleur appareil pour pratiquer le thoracentèse est celui de Potain; c'est un modèle au point de vue de la simplicité, de la solidité et de son maniement facile. De plus il est indispensable d'avoir son appareil à soi, que l'on maintient dans un état de propreté irréprochable en le lavant à l'eau puis à l'alcool, et l'essuyant avec soin après chaque opération. On a souvent accusé la thoracentèse d'avoir amené la purulence d'épanchements primitivement séreux; nous déclarons n'avoir jamais vu d'accidents de ce genre, grâce aux précautions indiquées ci-dessus.

Cela ne suffit pas; il faut encore suivre quelques règles pendant l'opération elle-même. On ira très lentement dans l'aspiration du liquide, ce qu'il est extrêmement facile de graduer avec l'appareil dont nous parlons. On ne craindra pas de mettre 25 à 30 minutes à faire une thoracentèse, quitte à laisser le malade se reposer de temps en temps. De cette façon on permet au poumon de se déplisser peu à peu et de recouvrer son développement ordinaire; en même temps les autres organes reprennent aussi leur situation normale. Enfin on ne cherchera pas à épuiser complètement la plèvre, et on s'arrêtera quand le malade éprouvera quelques quintes de toux sèche et pénible. On retirera alors rapidement le

trocart et on fermera la petite plaie à l'aide de ouate et de collodion.

Ce manuel opératoire, qui a procuré déjà un grand nombre de succès à M. le docteur Duguet dans le traitement de la pleurésie ordinaire, est entièrement applicable dans les cas qui ont fait le sujet de cette étude. C'est par la thoracentèse ainsi faite que M. Duguet a enlevé, au malade de notre observation V, 2 litres de liquide séro-sanguin, opération suivie d'une guérison rapide et complète.

Rejetterons-nous absolument l'empyème? Non, il est possible que dans quelques cas rares on ait affaire à un épanchement non seulement purulent, mais fétide, et alors l'empyème, malgré sa gravité toute particulière, serait le seul procédé opératoire à employer.

Nous avons dit que l'épanchement devait pour cela être fétide; c'est qu'en effet, un épanchement purulent simple peut encore être guéri par la thoracentèse, au moyen d'une seule ou de plusieurs fonctions successives. M. le docteur Duguet possède un certain nombre de cas de ce genre.

Ajoutons encore en faveur de la thoracentèse la remarque suivante: Les chirurgiens préféraient l'empyème dans les cas d'hémithorax, parce qu'ils avaient toujours en vue le caillot qui à leurs yeux se trouvait encore dans la plèvre et qui, malgré l'enlèvement de la sérosité,

pouvait provoquer encore des symptômes d'inflammation purulente de la plèvre.

Mémé pour M. Nélaton, le sang, alors qu'il n'est plus à l'état de coagulum, peut néanmoins renfermer des grumeaux, des caillots incomplètement dissous nageant dans un liquide séro-purulent, caillots qui peuvent venir oblitérer la canule, entraver l'évacuation du liquide et doivent faire rejeter la thoracentèse dans bon nombre de cas. De plus, on pourrait laisser dans la plèvre des parties incomplètement liquides qui pourraient s'altérer et devenir le point de départ d'accidents putrides.

Nous ne pouvons nier absolument la possibilité de ce cas, mais nous rappellerons une dernière fois que dans les cinq observations où nous avons vu la thoracentèse appliquée, non seulement l'accident en question n'a jamais été observé, mais que dans le liquide évacué on n'a trouvé ni corpuscules en suspension, ni aucun élément en putréfaction, rien par conséquent qui pût faire regretter l'application de la méthode.

---

## OBSERVATION I

Plaie pénétrante de la poitrine. — Épanchement du sang dans la plèvre.  
Thoracentèse. — Guérison.

(Observation recueillie et communiquée par M. Delens.)

L... d'A..., Victor, âgé de 26 ans, sans profession, entré à l'hôpital Beaujon, le 9 avril 1877, a été couché au premier pavillon, n° 19.

Il a cherché à se suicider et s'est tiré un coup de revolver à la partie supérieure de la poitrine, du côté gauche. La balle a pénétré près du bord du sternum dans le deuxième espace intercostal et est restée dans le poumon. On ne trouve pas d'orifice de sortie.

On constate, dans les jours qui suivent, les signes d'un épanchement moyen dans la cavité pleurale gauche.

Le 24, la matité existe dans toute la hauteur, en arrière.

Le 27 avril, le cœur est refoulé à droite du sternum. La dyspnée est très grande.

Une ponction aspiratrice pratiquée avec l'appareil Potain retire deux litres d'un liquide présentant toutes les apparences extérieures du sang veineux.

A la suite de cette ponction, l'épanchement ne s'est pas reproduit et l'amélioration de tous les symptômes a été progressive.

Le blessé s'est levé le 15 mai et a pu quitter l'hôpital, le 5 juin, en bon état.

## OBSERVATION II

Plaie de l'artère mammaire interne. — Épanchement de sang dans la plèvre.  
Thoracentèse. — Guérison.

(Observation inédite de M. Panas, publiée dans la thèse de M. Nélaton.)

Dub..., 18 ans, garçon boucher, entré le 22 septembre 1877, salle Saint-Ferdinand.

C'est un garçon bien constitué, qui s'est involontairement donné un coup de couteau dans la poitrine en grattant un os.

L'instrument pénètre par sa pointe au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal droit, à 3 cent. et demi de la ligne médiane et à 7 cent. du mamelon. La plaie, longue de 7 à 8 mm. dans le sens transversal, est large de 4 mm. Son extrémité interne est à 7 mm. du bord correspondant du sternum. Elle est régulière, bien nette, sans contusion des bords et fournit, au moment de l'accident, une hémor-

rhagie abondante, mais que nous n'avons pas vue. La plaie est aussitôt bouchée avec de l'amadou, recouvert de baudruche collodionnée. Le soir, un peu de matité en avant et sous l'aisselle droite, dans le quart inférieur de la poitrine, à peu près, avec obscurité du murmure vésiculaire.

Le 23, matin, même état.

Le soir, l'épanchement occupe en arrière une hauteur équivalente à la largeur de la main. Il y a un peu de matité et d'égophonie. P. 100; T. 38°, 8.

Le 24, la matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate, mais M. Panas constate la persistance des vibrations. Il diagnostique une pleuro-pneumonie, surtout d'après l'élévation de la température qui est à 38°,4 avec 100 pulsations, car on ne trouve ni souffle tubaire, ni râle, ni crachats rouillés.

6 ventouses scarifiées.

Le 25, matin, le malade se sent tellement soulagé par les ventouses, qu'il se lève et se promène toute la journée. Il refuse de se laisser appliquer un vésicatoire. Même état local.

Le 26, il a éprouvé un peu de gêne de la respiration pendant la nuit.

Le 27, 100 pulsations; T. 40°,8 le soir.

Le 28, matin, 96 pulsations; T. 39°.

Le soir, la respiration est courte et fréquente avec bruit laryngé, comme s'il y avait compression de la trachée.

Le 29, soir, 112 pulsations; T. 39°,4; 40 respirations.

Le 30, matin, 100 pulsations; T. 38°,1.

Nouvel examen très complet de M. Panas.

Il trouve, en avant, à droite : au sommet, bruit skodique; à la base, matité. En arrière, à droite, matité absolue dans toute la hauteur; quelques vibrations encore à la base; souffle pleural très accusé.

M. Raynaud, appelé en consultation, constate les mêmes signes, et on se décide à faire la thoracentèse.

Sous la baudruche, qui se trouvait soulevée par une masse fluctuante, existait un abcès formé de pus crémeux, bien lié, sans mélange de gaz, non fétide.

L'écoulement n'augmente ni par la toux, ni par la station verticale. Il est donc évident que cet abcès ne communique pas avec la plèvre, mais il peut suffire à expliquer la fièvre intense que nous observons depuis six jours.

Soir, 400 pulsations; 52 respirations.

Le 2 octobre, matin, on pratique la thoracentèse.

Ponction capillaire dans le neuvième espace, sous l'aisselle. Il sort un liquide sanguinolent, noir, non coagulé (1,700 gram.). Vers la fin, le malade tousse un peu, et accuse surtout une vive douleur à l'épaule droite. Il est très fatigué après l'opération. La mensuration faite avec un mètre des apophyses épineuses à la ligne médiane du sternum, au niveau du mamelon; a donné : avant la thoracentèse, 89 centimètres; après, 87 centimètres.

Le souffle et la matité ont disparu presque complètement; il reste surtout un grand affaiblissement du bruit vésiculaire.

Soir, 406 pulsations; R., 48.

Le 3, matin. Physionomie un peu plus animée que la

veille. Dyspnée moindre. 92 pulsations; T. 38°; R. 32.

La matité existe de nouveau jusqu'au milieu de la fosse sous-scapulaire, mais cette matité est moins forte. Le souffle a reparu également, peu intense.

Les vibrations persistent, mais assez faibles.

Le 4, MM. Panas et Raynaud constatent une amélioration très grande. Sonorité bien plus accusée que la veille; le souffle a disparu; frottement à la base; un peu d'égophonie le long des rachis.

Matin: P., 34; R., 40; T., 38°.

Soir: P., 92; R., 44; T., 39°.

Le 6, matin: P., 92; R., 34; T., 38°.

Soir: P., 104; R., 40; T., 39°,3.

La nuit a été très bonne.

Le 7, matin: P., 96; R., 24; T., 38°.

La sonorité se rétablit de plus en plus, mais la température du soir se maintient toujours élevée. Le pouls est dicrote; on trouve au cœur un souffle anémique assez léger.

Contre cette élévation de la température, qui se trouve en désaccord avec l'état général et l'état local, M. Panas prescrit 30 centigr. de digitale.

Soir: P., 100; R., 36; T., 39°.

Le 8, matin: P., 104; T., 38°. Le malade a beaucoup uriné.

Le 9, le pouls n'est plus dicrote et il est tombé à 78, la température à 37°,4.

Le 10, matin: P., 84; R., 24; T., 36°,8.

Soir: P., 88; R., 30; T., 37°,2.

La fièvre tombe complètement.

Du côté de la poitrine, il ne reste plus qu'une diminution de l'élasticité et du murmure vésiculaire du côté droit.

Le lendemain, 11, le malade part en convalescence à l'asile de Vincennes.

### OBSERVATION III

Déchirure du poumon sans fracture des côtes. — Hémo-pneumothorax.  
Thoracentèse. — Guérison rapide.

(Observation de M. Bouilly à l'hôpital Necker. — *Gazette médicale*, octobre 1881.

Le 19 septembre 1881, on apportait, dans le service de la clinique de M. le professeur Trélat, un jeune maçon de 17 ans qui, dans la matinée, était tombé d'un troisième étage. Ramassé sans connaissance, il fut porté de suite à l'hôpital.

A partir de la soirée et pendant la nuit, il était pris d'un délire loquace et d'une agitation extrême qui nécessitait qu'on le fixât dans son lit avec des alèzes et qu'on l'enfermât entre des planches.

Le lendemain matin, 20, il était dans cet état de délire et d'agitation, avec perte presque absolue de l'intelligence. On pouvait penser d'abord à une fracture du crâne ou tout au moins à une lésion cérébrale quelconque; mais des exemples antérieurs analogues, et dans le cas présent, la pâleur extrême de la peau et des muqueuses, la large

dilatation des pupilles engageait M. Bouilly à considérer le délire comme se rattachant à une anémie cérébrale aiguë.

De plus, rien du côté de la tête, aucune ecchymose, pas d'écoulements anormaux, aucune sensibilité à la pression des diverses régions du crâne : rien du côté de l'abdomen. Le foie, la rate, les reins et la vessie semblent absolument indemnes.

La douleur n'est réveillée que par la pression exercée sur le côté droit du thorax, vers les côtes moyennes : on n'y trouve cependant ni plaie, ni contusion, ni emphysème sous-cutané. La percussion indique une sonorité exagérée, tympanique, dans la région antérieure du thorax et une matité complète en arrière dans les deux tiers inférieurs. A l'auscultation on perçoit en avant, dans une grande étendue, un souffle amphorique, à timbre métallique, tandis qu'en arrière règne un silence absolu dans toute la zone mate.

M. Bouilly formule le diagnostic suivant : déchirure du poumon droit avec épanchement d'air et de sang dans la plèvre correspondante, véritable hémopneumothorax traumatique.

L'épanchement doit être abondant, ce qui explique les phénomènes d'hémorrhagie interne que présente le blessé.

De plus, l'examen méthodique permet de dire : déchirure du poumon sans fracture de côte. Lésion rare, dont l'étude a fait l'objet d'un mémoire du professeur Gosselin à la Société de Chirurgie, 1846, et d'une thèse de Courtois, 1873.

Quant à la source de l'hémorrhagie, l'intégrité de

la paroi exclut une plaie de l'artère intercostale ou de la mammaire interne. Le sang ne peut venir que du poumon, la déchirure a vraisemblablement intéressé des vaisseaux de 2° et de 3° ordre. Le fait est très probable, vu la rupture simultanée de bronches volumineuses dont la béance a versé dans la plèvre cette grande quantité d'air que trahissent les signes d'un pneumothorax étendu.

Il n'y a pas eu d'hémoptysie; mais elle n'est pas fatale dans les plaies pénétrantes de poitrine; sans doute manque-t-elle quand le sang trouve une issue facile du côté de la plèvre et que le poumon est refoulé et comprimé par l'épanchement sanguin et gazeux.

On prescrit des injections sous-cutanées d'éther, de l'opium, du vin à l'intérieur.

Pronostic très grave, avec chances de survie, si le malade peut passer 24 heures et sortir du collapsus.

Le 21, dans la soirée, la fièvre s'allume, la température atteint 39°,5.

Le lendemain matin, la respiration est courte, anxieuse, les battements du cœur petits, précipités; le visage a une légère teinte cyanosée, le malade est sans connaissance. On constate, comme au premier jour, les signes du pneumothorax dans toute la région antérieure, et la présence en arrière d'un épanchement qui remplit la plèvre depuis sa base jusqu'à l'épine de l'omoplate, tandis que le poumon gauche, relativement sain, est le siège d'une respiration puérile et de râles de congestion. De plus, on constate une voussure manifeste de la paroi en arrière, matité dure, sensation de plénitude et de tension du côté de l'épanchement.

Le danger d'asphyxie étant pressant, on pratique la ponction avec aspiration dans le septième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire en pleine matité, et on retire un litre de sang noir, sans chercher à épuiser complètement la cavité pleurale.

La couleur noire et franchement sanglante de ce liquide pouvait faire croire qu'il s'agissait de sang pur, mais l'examen histologique n'a pas été fait.

Deux jours après, le blessé peut être considéré comme guéri ; il y a eu chute brusque de la température, la respiration est beaucoup plus facile, la connaissance revient et l'amélioration se déclare rapidement.

8 jours après la ponction, le liquide ne s'est pas abondamment reproduit dans la plèvre ; on constate seulement une zone de matité à la base en arrière et la persistance en avant des signes du pneumothorax.

L'examen plus facile de la poitrine n'a jamais permis de constater de fracture de côtes.

#### OBSERVATION IV

Plaie par arme à feu.

Hémo-pneumothorax consécutif. — Thoracentèse.

(Observation recueillie dans le service  
de M. le professeur Mathieu par M. le docteur Hassler, médecin aide-major, aide de clinique.)

X..., 35 ans. Constitution robuste, aucun antécédent pathologique à noter. Blessure par un projectile de

plomb dur, calibre 9 mm. chassé par un revolver dit de luxe (poudre de commerce, charge ordinaire).

Le blessé, au moment de l'accident, se trouvait dans le décubitus dorsal complet. L'orifice d'entrée se trouve exactement dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal, à 4 c. environ au-dessous et en dedans de la pointe du cœur. L'orifice de sortie se trouve dans le 9<sup>e</sup> espace; il écorne légèrement la côte supérieure. Il est à 4 c. environ de l'apophyse épineuse. L'orifice d'entrée laisse échapper un sang spumeux, vermeil, renfermant de grosses bulles d'air; l'orifice postérieur, un peu de sang plus foncé, mais sans mélange. Le projectile, qui était resté légèrement encastré dans l'orifice de sortie, a été extrait avec la plus grande facilité et ne présente aucune déformation, si ce n'est une légère éraflure à bords non tranchants.

Une tige métallique passant par les points symétriques (mais sur un cadavre en expiration forcée) traversa le diaphragme, l'estomac en deux points, puis le diaphragme, la plèvre, le lobe inférieur à 4 c. de la base, enfin la plèvre.

Notre blessé se trouvait heureusement en inspiration et son estomac était complètement vide.

Sitôt le coup reçu, le blessé accusa des douleurs très vives, s'irradiant jusque vers l'omoplate. Puis, peu à peu, s'établit une dyspnée assez considérable; le pouls devint petit, 80 pulsations par minute, les extrémités froides. Les respirations sont courtes, fréquentes et très douloureuses. Occlusion immédiate des deux orifices avec du coton et du collodion. Ni crachats, ni vomissements.

Le 2<sup>e</sup> jour, la douleur a beaucoup augmenté ; elle est vive en arrière et sur tout le trajet de la 9<sup>e</sup> côte, qui a dû être écornée.

Le blessé est examiné rapidement à cause de la douleur ; matité en arrière, remontant jusqu'au niveau de l'omoplate. Souffle et égophonie. Pas de fracture. En avant, matité dans toute la moitié inférieure du thorax, sonorité exagérée dans la partie supérieure ; souffle caverneux. Ni crachats, ni vomissements.

La fosse iliaque gauche est elle-même extrêmement douloureuse, mais il n'y a pas de point bien localisé.

Badigeonnage avec du collodion : lavement émollient. Les extrémités sont toujours un peu froides ; le pouls est encore petit, mais peu fréquent ; la température est de 38°, 2 le soir. Aliments liquides.

3<sup>e</sup> jour. Les phénomènes abdominaux paraissent augmenter dans la journée : lavement purgatif qui amène une selle légère le soir. Tous les efforts volontaires d'expulsion sont rendus impossibles par la douleur.

Le thorax offre, à la partie antérieure, une résonnance tympanique et on constate à l'auscultation tous les symptômes du pneumothorax. Le blessé lui-même a conscience du tintement métallique produit par les mouvements de déglutition (répercussion de voisinage). On ne peut asseoir le blessé qu'un instant : on constate de la matité dans presque toute la hauteur.

Vers le soir, la température s'élève à 39°, 4 ; la chaleur revient aux extrémités, le pouls redevient bon ; pendant la nuit, des sueurs abondantes.

Le lendemain matin, la douleur abdominale a presque

disparu, la température est à 38°, 8. Rien de nouveau du côté du thorax.

7<sup>e</sup> jour. Les phénomènes abdominaux ont complètement disparu ; les selles deviennent régulières et assez faciles, grâce aux laxatifs. La température est à 38° le soir ; le blessé a mangé un peu de volaille.

Les deux orifices d'entrée et de sortie sont complètement cicatrisés.

10<sup>e</sup> jour. La température s'est élevée le soir ; la dyspnée augmente proportionnellement à la matité. La respiration est plus douloureuse ; le blessé se plaint de vives douleurs, principalement dans la région dorso-lombaire. L'appétit diminue.

Température, le soir, 39°, 2. Injection sous-cutanée de 0,01 cent. de morphine. Vésicatoire sur le côté.

14<sup>e</sup> jour. La dyspnée a été croissante ainsi que les douleurs thoraciques ; le blessé supplie qu'on le débarrasse « du poids énorme qui lui arrache la poitrine ». Un nouvel examen est fait. Voussure du côté gauche. Absence des vibrations thoraciques, matité dans toute la hauteur en arrière, matité en avant jusqu'au niveau de la troisième côte. Egophonie surtout en avant.

Ponction avec l'aspirateur de Potain : on retire un litre de liquide. Ce liquide est très coloré ; il est presque lie-de-vin. Il ne renferme absolument pas de pus, il n'a pas d'odeur.

Immédiatement, soulagement considérable. A la percussion, son tympanique à la partie antérieure, tandis que la matité n'a presque pas diminué dans toute la région thoracique postérieure. Les signes du pneumothorax sont très accentués, principalement en avant.

18<sup>e</sup> jour. Le bien-être s'est maintenu, la respiration se fait assez bien. Les mouvements du diaphragme ne sont plus très douloureux, de sorte que les efforts d'expulsion sont possibles. La température oscille entre 38 et 39°. Toujours peu d'appétit. Mêmes signes thoraciques.

22<sup>e</sup> jour, 17 juillet 1882. Amélioration persistante de l'état général. L'appétit est assez bon; les fonctions digestives se font régulièrement; la température est cependant toujours un peu élevée, 38° environ. L'examen du thorax fait constater une diminution du pneumothorax; la matité persiste cependant dans presque toute la hauteur en arrière.

## OBSERVATION V

Perforation de la plèvre et du poumon gauche par une balle.  
Hémo-pneumothorax; pleurésie consécutive. — Ponction. — Guérison.

(Observation due à l'obligeance de M. le docteur Duguet.)

Auguste Mouss..., âgé de 30 ans, employé au Mont-de-Piété, est amené le 4 mai 1882, dans la soirée, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 43, dans le service de M. Benj. Anger.

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, cet homme, sous l'influence d'un chagrin profond, a voulu se suicider en se tirant à bout portant un coup de revolver dans la région du cœur. Pour ne pas échapper à la mort,

il a préalablement cherché les battements de la pointe du cœur et a tiré dans cette direction. La balle, qui est du calibre 7, a pénétré d'avant en arrière, de haut en bas et de dehors en dedans, par un orifice de 1 cent. au-dessous et un peu en dedans du mamelon gauche. Après avoir traversé la poitrine, elle est venue s'arrêter sous la peau en arrière et en bas, à deux travers de doigt de l'épine-dorsale du même côté, à peu près au niveau de la base du poumon.

Le malade, après s'être tiré ce coup de revolver, qui ne lui a produit aucune sensation douloureuse, est resté debout quelque temps; mais comme il se mit à tousser, aussitôt le coup porté, et à cracher du sang spumeux, il se coucha, espérant que la mort ne tarderait pas à venir.

Des voisins, accourus au bruit de la détonation, pénétrèrent chez lui en forçant la porte, le trouvèrent pâle, étendu sur son lit, toussant et crachant du sang, la chemise présentant également quelques taches de sang.

On alla chercher immédiatement le docteur Ant. Bécclère, qui demeure dans le voisinage, et celui-ci constata (nous le tenons de son propre récit) qu'il existait une sonorité exagérée dans le côté gauche de la poitrine, un tympanisme véritable avec souffle amphorique, en un mot un pneumothorax.

De plus, il reconnut déjà l'existence d'une certaine matité à la base et en arrière, dans une étendue de 2 à 3 travers de doigt.

M. Bécclère fit transporter le malade aussitôt à l'hôpital, après avoir fait un pansement par occlusion.

Le 5, à la visite du matin, le malade est toujours pâle. On l'asseoit plutôt qu'il ne peut s'asseoir, à cause des vertiges qu'il a facilement. Son pouls est petit et fréquent à 104 pulsations. La respiration est à 32.

T. 37°,8. Les extrémités légèrement froides.

En examinant la région précordiale, la percussion est douloureuse au voisinage de la blessure; on ne saisit pas nettement les battements de la pointe du cœur : les bruits du cœur s'y constatent normaux, sans souffle et sans bruit de moulin. Sous la clavicule gauche, tympanisme que l'on retrouve en arrière dans les 2/3 supérieurs de la poitrine, à gauche. Dans les mêmes points, souffle amphorique.

En arrière, dans le tiers inférieur, matité, diminution des vibrations thoraciques; légère égophonie sans souffle; éloignement et diminution du murmure vésiculaire.

Rien à droite, pansement de la plaie avec baudruche et collodion. La toux persiste, provoquant des douleurs dans le côté gauche de la poitrine et s'accompagnant de crachats sanguinolents, les uns noirâtres, les autres encore rutilants et mousseux. Traitement avec 30 gr. sirop thébaïque; potion de Tood et 20 gouttes de perchlorure de fer.

Bouillons et potages.

A la visite du soir, la matité en arrière a augmenté de hauteur avec diminution plus marquée des vibrations thoraciques. La dyspnée est plus considérable; le malade se plaint d'étouffer, comme s'il avait la poitrine serrée dans un étau, principalement au niveau du cœur. L'examen provoque chez lui une lipothymie. Pouls petit, 104. T. 38°,2.

Le 6, le malade paraît moins fatigué, il tousse encore avec la même expectoration que plus haut.

La sensation de constriction pénible a disparu. L'épanchement thoracique a encore augmenté sensiblement. La région précordiale et sous-claviculaire présente une voussure qui ne tient ni à l'emphysème sous-cutané, ni à un empatement inflammatoire.

La pointe du cœur est toujours insaisissable; sous la clavicule, le même tympanisme.

Le matin : P. 86; R. 32; T. 37°,5.

Le soir : P. 92; R. 32; T. 38°,2.

Le 7, l'épanchement remonte jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate avec matité absolue et cessation des vibrations thoraciques. Souffle doux et égophonie, mais le souffle amphorique du sommet a disparu. Toux moins fréquente; crachats sanglants, moins abondants et prenant une coloration brunâtre. P. 88; T. 37°,5; R. 28.

Même traitement avec addition de chiendent nitré.

Le 8, légère amélioration dans l'état général, persistance de la pâleur du visage.

P. 72; R. 28; T. 37°,5, le matin.

37°,8, le soir.

Le malade prend du bouillon et du potage.

Les crachats sanguinolents disparaissent.

Du 9 au 20, le pouls oscille autour de 72; la respiration autour de 28.

T. entre 37° et 37°,5.

L'épanchement, arrivé peu à peu à la hauteur de l'angle de l'omoplate, reste stationnaire; la plaie de la région précordiale se cicatrise. La voussure et le tympanisme

sous-claviculaire disparaissent. L'état général s'améliore visiblement ; tout signe de pneumothorax a disparu.

Les renseignements qui précèdent nous sont fournis par M. Anger et son interne M. Deschamps.

Du 20 mai au 10 juin, le malade se plaint d'une oppression de plus en plus grande. Il reste couché sur le dos ou sur le côté gauche : il lui est impossible de se tenir sur le côté droit sans être menacé de suffocation. Il a une toux quinteuse sèche ; il est apyrétique ; dans cet état, M. Anger pense, après avoir enlevé la balle à l'aide d'une simple incision cutanée, que le malade cesse d'être du ressort chirurgical et le fait passer dans le service de M. Duguet.

Le 10, à la visite du matin, M. Duguet constate que le malade, pâle et maigre, présente une certaine dyspnée ; le décubitus dorsal est la position qu'il préfère. La plaie d'entrée et la plaie de sortie sont cicatrisées ; la région sous-claviculaire gauche présente une certaine voussure qui rend la clavicule de ce côté moins apparente que celle du côté droit. Le cœur est placé sous le sternum et c'est à ce niveau que l'on perçoit nettement ses battements et ses bruits. A la région précordiale, on ne perçoit que leur retentissement lointain.

La mensuration du côté droit, à la base, donne 43 c. ; celle du côté gauche, au même niveau, 44. Les vibrations thoraciques sont absentes à gauche, en avant comme en arrière, du sommet à la base. A droite, elles sont parfaites. La matité est absolue dans tout le côté gauche, sauf en un point sous la clavicule, où la percussion donne un peu de son. La respiration est nulle dans la hauteur

du poumon : il existe un souffle doux dans l'expiration avec broncho-égophonie, vers la région sous-épineuse de l'omoplate et sous l'aisselle. Le foie abaissé déborde les fausses côtes d'un bon travers de doigt.

Le pouls est resté petit, fréquent. La température normale ; l'urine peu abondante sans albumine, la langue presque normale, mais l'appétit faible. Le sommeil est contrarié depuis quelques jours par la dyspnée.

Le 11, l'oppression et l'insomnie jointes au déplacement du cœur, déterminent M. Duguet à pratiquer la thoracentèse. Il choisit le point d'élection au point de réunion d'une verticale passant par le bord antérieur de l'aisselle et d'une horizontale qui passe au mamelon, et à l'aide de l'appareil Potain et du trocart n. 3, il retire très lentement et successivement deux litres d'un liquide séro-sanguinolent, liquide absolument inodore. L'opération n'est entravée par aucun incident, et une fois le trocart enlevé, le malade est pris, pendant cinq minutes environ, d'une petite toux quinteuse et désagréable, qui s'accompagne d'une demi-douzaine de crachats albumineux et qui se calme bien vite.

Aussitôt après la thoracentèse, le cœur reprend sa place, la pointe revient battre dans le cinquième espace intercostal. La sonorité et la respiration reparaissent sous la clavicule ; le reste de la journée se passe tranquillement. Le malade prend du bouillon, du potage et du lait.

La nuit est bonne.

Le soir, T. 37°,6.

Le lendemain 12, le malade, sans réaction fébrile, présente une légère expectoration visqueuse, jaunâtre, consé-

cutive à quelques quintes de toux; cette expectoration équivalait au quart du crachoir.

Le liquide, extrait de la poitrine, qu'on a laissé reposer dans un bocal, présente une moitié supérieure de coloration citrine et translucide, une moitié inférieure colorée par une grande quantité de globules rouges, le tout traversé par des tractus fibrineux que l'on met en évidence d'une façon parfaite en exprimant le liquide au travers d'un linge. Il reste sur ce linge un résidu fibrillaire, rougeâtre, de fibrine ressemblant à un morceau de muscle, comme cela s'observe avec le liquide d'une pleurésie ordinaire.

Le foie a repris sa place; le côté gauche du thorax vibre comme le côté droit, sauf encore en un point en bas et en arrière. La respiration s'entend dans les points où les vibrations existent, mais elle est faible en bas et en arrière, sans souffle. On entend dans ce point quelques bulles fines, des râles sous-crépitaux. La matité persiste dans une assez grande étendue en arrière.

Mensuration du thorax : 42 c. à gauche, 41 à droite.

T. de 37 à 37°, 5.

Appétit meilleur.

Le 13, il existe encore un peu d'expectoration visqueuse : mêmes phénomènes thoraciques.

Le 14, le malade peut se coucher dans tous les sens, facilement; l'appétit et le sommeil sont parfaits; la voussure sous-claviculaire gauche est à peine appréciable. Il existe toujours dans le tiers inférieur de la poitrine à gauche, de la matité, des vibrations faibles, une respiration éloignée avec râles sous-crépitaux, et même un souffle doux avec une légère bronchophonie.

Le 15, le malade commence à engraisser et à reprendre sa gaieté.

Du 16 au 21, l'amélioration se fait sentir partout. Le souffle du poumon gauche en arrière a disparu.

La toux devient plus rare et plus sèche et n'apparaît guère que quand le malade parle pendant quelque temps, ou veut respirer plus fortement.

Du 22 au 26, le champ de la respiration du poumon gauche s'étend.

Du 26 au 2 juillet, l'amélioration s'accroît très rapidement ; la respiration s'entend à gauche presque jusqu'à la base du poumon ; mais il règne toujours une matité qui occupe près de la moitié inférieure de la hauteur du poumon gauche.

La mensuration donne à droite comme à gauche 42 c. ; la pointe du cœur se perçoit à 1 c. en dedans de la ligne abaissée verticalement du mamelon ; par conséquent tout à fait à la limite de l'orifice d'entrée de la balle.

Le 6, le malade sort parfaitement guéri, ne conservant qu'un peu de matité à la base et en arrière, dans la hauteur de la main environ, avec vibrations thoraciques un peu moins fortes qu'à droite. Respiration pure et sans râles, ni souffle, ni retentissement vocal, mais encore un peu éloignée tout à fait de la base.

Le malade a bon appétit, un facies excellent ; il a retrouvé sa gaieté et paraît tout heureux de vivre.

---

## STATISTIQUE

---

M. Ch. Nélaton, dans sa thèse, relève un très grand nombre d'observations relatives à l'hémothorax. Il nous a paru utile d'en donner ici les principaux résultats, en y joignant ceux qui nous sont propres; 98 cas de plaies pénétrantes de poitrine, compliquées d'hémothorax.

22 cas terminés spontanément par la guérison.

5 fois le liquide s'est écoulé par la plaie et les accidents ont diminué à mesure que l'évacuation se produisait.

9 fois, vers le cinquième jour, on a constaté la cessation des accidents immédiats dépendant de la blessure, puis amélioration graduelle dans l'état du malade.

6 fois la guérison a succédé à l'évacuation du foyer sanguin par les bronches.

2 fois guérison rapide; la marche de la maladie n'est pas indiquée.

8 cas dans lesquels on a pu évacuer le liquide, par la position donnée au malade, en maintenant l'orifice de la blessure dilaté, ou en introduisant des sondes creuses dans la plèvre ; 7 cas de guérison, 1 cas de mort.

Empyème : 18 cas.

14 cas suivis de guérison.

4 cas suivis de mort.

Thoracentèse : 5 cas.

Tous suivis de guérison. — On pourrait y ajouter un cas de Reybard, dans lequel la thoracentèse donna issue à deux litres de sang corrompu. Guérison au trente-sixième jour.

44 cas, avec terminaison fatale due le plus souvent à une hémorrhagie très abondante provenant de la blessure d'un gros vaisseau.

---

## CONCLUSIONS

---

Les conclusions que nous voudrions tirer de cette étude seront courtes, et pourraient être formulées ainsi :

1° Entre les deux divisions d'hémothorax traumatiques admises par M. Ch. Nélaton : hémothorax se résorbant d'eux-mêmes, et hémothorax ne se résorbant pas mais subissant forcément à un moment donné la transformation purulente, il y a place pour un troisième genre d'épanchements qui ne se résorbent pas spontanément, qui ne deviennent pas purulents, et qui par leur augmentation croissante nécessitent l'intervention.

2° Le procédé opératoire de beaucoup le meilleur est la thoracentèse.



## QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

---

*Anatomie et histologie normales.* — Articulations du pied.

*Physiologie.* — De la déglutition.

*Physique.* — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

*Chimie.* — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine; leur préparation. Caractère distinctif de leur dissolution.

*Histoire naturelle.* — Des hirudinées; leurs caractères généraux. Leur classification. Des sangsues. Décrire les diverses espèces de sangsues.

*Pathologie externe.* — Du glaucome aigu.

*Pathologie interne.* — Des accidents qui se rattachent à la déglutition.

*Pathologie générale.* — De l'intermittence dans les maladies. Anatomie et histologie pathologiques. De l'hypertrophie du cœur.

*Thérapeutique.* — Des indications de la médication vomitive.

*Hygiène.* — Des bains.

*Médecine légale.* — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée.

*Accouchements.* — De la rupture prématurée des membranes.

Vu : le président de la thèse,

BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. GRÉARD.